

Service de l'administration

C.P. 4002, Succursale B
Montréal (Québec) H3B 4M2

Renseignements administratifs (prière d'écrire en lettres moulées)

Nom du titulaire du contrat	Police n°	Compte n°
Nom de famille du participant	Prénom(s)	Initiale
		Certificat n°

1. Quel est l'objet de cette déclaration ?

Augmentation du montant d'assurance en excédent du maximum sans preuves d'assurabilité

Demande de participation soumise en retard

Date d'embauche sur une base permanente et à plein temps avec l'employeur actuel

Demande d'assurance vie facultative

Montant total :	Participant	\$	Conjoint	\$	Enfants	\$
-----------------	-------------	----	----------	----	---------	----

Demande d'assurance décès et mutilation accidentels facultative

Montant total :	Participant	\$	Conjoint	\$	Enfants	\$
-----------------	-------------	----	----------	----	---------	----

Demande de protection des personnes à charge soumise en retard

Votre conjoint et (ou) vos enfants à charge, le cas échéant, étaient-ils couverts en vertu d'un régime d'assurances collectives d'un autre employeur ? Oui Non

Si oui, veuillez préciser :

Nom de l'employeur précédent	Nom de l'assureur	Date de cessation de l'assurance
------------------------------	-------------------	----------------------------------

2. Êtes-vous effectivement et physiquement capable d'effectuer tous et chacun des travaux relatifs à votre emploi ?

Oui Non

Si non, veuillez fournir une brève explication

Important : Si vous n'avez pas rempli cette section, la Standard Life analysera ce formulaire en présumant que vous êtes effectivement et activement au travail.

Déclaration du participant (veuillez inscrire les renseignements sur les personnes à assurer seulement)

<input type="checkbox"/> Participant	Taille <input type="checkbox"/> pi po <input type="checkbox"/> m	Poids <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Enfants
Lieu de naissance	Date de naissance			Nom de famille et prénom(s)
				Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nombre d'années au Canada (si le lieu de naissance est situé à l'extérieur du pays)	Fonction	Taille <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> pi po	Poids <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	Date de naissance
				Y Y Y Y M M D D
Adresse de résidence principale (n°, rue)	App.	Nom de famille et prénom(s)	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Ville	Province	Code postal	Taille <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> pi po	Poids <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg
			Date de naissance	
N° de téléphone (jour)	N° de téléphone (soir)			Y Y Y Y M M D D
<input type="checkbox"/> Conjoint	Taille <input type="checkbox"/> pi po <input type="checkbox"/> m	Poids <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Enfants
Nom ou nom à la naissance (si différent)	Prénom(s)			Nom de famille et prénom(s)
				Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Lieu de naissance	Date de naissance			Taille <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> pi po
				Poids <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg
				Date de naissance
				Y Y Y Y M M D D
Nombre d'années au Canada (si le lieu de naissance est situé à l'extérieur du pays)	Fonction	N° de téléphone (jour)	Nom de famille et prénom(s)	
			Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
			Taille <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> pi po	Poids <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg
			Date de naissance	
			Y Y Y Y M M D D	

Autorisation de divulgation de renseignements

Standard Life

Par la présente, j'autorise tout médecin autorisé ou tout professionnel de la santé, tout hôpital, toute clinique ou toute autre institution médicale ou paramédicale, toute compagnie d'assurance, MIB, Inc. (« MIB ») ou toute autre organisation, ainsi que toute personne possédant des renseignements sur moi, mon conjoint ou sur mes personnes à charge concernant notre état de santé ou notre assurabilité, à les communiquer à la Compagnie d'assurance Standard Life du Canada ou à ses réassureurs, dans le but de déterminer mon admissibilité et mon assurabilité en vertu du régime ou celles de mon conjoint ou de mes personnes à charge, le cas échéant. Je conviens qu'un rapport d'enquête sur moi, mon conjoint ou mes personnes à charge peut être demandé. J'autorise la Compagnie d'assurance Standard Life du Canada, ou ses réassureurs, à fournir au MIB un bref rapport sur mon état de santé. Une photocopie de la présente autorisation est aussi valide que l'original.

Signature du participant (si personne à assurer) _____ Date _____

Signature du conjoint (si personne à assurer) _____

Signature de l'enfant de plus de 18 ans (si personne à assurer) _____

Important : Veuillez remplir et signer les 2 côtés.

Preuves d'assurabilité 01/02

Avis relatif au MIB, Inc. (Medical Information Bureau)

Vous devez détacher et conserver cet avis.

Tout renseignement portant sur l'assurabilité est confidentiel. La Compagnie d'assurance Standard Life du Canada ou ses réassureurs peuvent cependant envoyer un bref rapport à ce sujet à MIB, Inc., un regroupement sans but lucratif de compagnies d'assurance permettant l'échange de renseignements entre ses membres. Dans le cas d'une demande d'assurance vie ou maladie, par la personne à assurer, à une autre compagnie membre du MIB, ou dans le cas d'une demande de règlement à une compagnie membre, MIB, Inc. fournira à la compagnie en question les renseignements contenus dans ses dossiers.

Le MIB vous transmettra, sur demande, tout renseignement qu'il possède à votre sujet. En cas de doute sur l'exactitude des renseignements contenus dans son dossier, la personne à assurer peut, en communiquant avec le MIB, faire apporter la correction qui s'impose, conformément aux procédures décrites dans le Fair Credit Reporting Act en vigueur aux États-Unis. L'adresse de MIB est :

**330 Avenue University, Suite 501
Toronto (Ontario) M5G 1R7
Téléphone : 416-597-0590**

La Compagnie d'assurance Standard Life du Canada ou ses réassureurs peuvent également divulguer les renseignements contenus au dossier de la personne à assurer à d'autres compagnies d'assurance auxquelles la personne à assurer présente une demande d'assurance vie ou maladie ou une demande de règlement. Vous trouverez de plus amples renseignements sur le MIB en visitant son site Web au www.mib.com.

Déclaration du participant - questionnaire médical

L'une ou l'autre des personnes à assurer (incluant le conjoint, les enfants le cas échéant) a-t-elle :	Participant		Conjoint/Enfant	
	Oui	Non	Oui	Non
1. souffert de cancer, tumeur, diabète, maladie du coeur ou de la circulation du sang, maladie du sang ou tension artérielle élevé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. souffert de troubles nerveux, troubles du foie, des poumons ou des reins, ulcère ou troubles de l'intestin ou anomalies urinaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. souffert d'arthrite, rhumatisme, maladie des os ou des articulations, mal de dos ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. été atteint du SIDA ou du PARASIDA ou a-t-elle subi un examen de dépistage du virus responsable de ces maladies qui s'est avéré positif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. au cours des deux dernières années, souffert d'une maladie ou subi une blessure ayant nécessité l'absence du travail pour une période de 10 jours ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. au cours des cinq dernières années, subi un électrocardiogramme, une radiographie (excluant les radiographies dentaires), un examen du sang ou autre test à des fins de diagnostic, ou lui a-t-on conseillé de le faire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. fait usage de drogue sans ordonnance médicale, lui a-t-on conseillé de diminuer sa consommation d'alcool, ou a-t-elle été traitée pour abus de drogue ou d'alcool ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. déjà fait une demande d'assurance vie ou maladie qui aurait été refusée, acceptée à des conditions spéciales ou remise à plus tard ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. au cours des cinq dernières années, consulté un médecin ou a-t-elle été traitée dans un hôpital, une clinique ou un sanatorium pour des raisons non mentionnées précédemment ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. présente-t-elle une anomalie physique ou une difformité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. suit-elle une diète, reçoit-elle des soins ou des traitements médicaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. prévu au cours de la prochaine année, recevoir un traitement médical ou subir une opération ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. prend-elle actuellement des médicaments ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. fumé la cigarette, le petit cigare (cigarillo), la pipe ou utilisé des produits anti-tabagisme au cours des douze derniers mois ? ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¹ La Standard Life doit être avisée de tout changement relatif au statut de fumeur.

Si vous avez répondu « oui » à une ou plusieurs des questions énumérées ci-haut, veuillez inscrire les détails demandés dans le tableau qui suit.

N° de la question	Prénom de la personne	Maladie, blessure, affection ou raison	Examens, opérations, traitements et résultats	Nom des médicaments	Date de l'examen annuel	Date du début de l'événement	Date de la guérison complète	Nom et adresse complets des médecins et hôpitaux
					AAAAMM JJ	AAAAMM JJ	AAAAMM JJ	Nom
					AAAAMM JJ	AAAAMM JJ	AAAAMM JJ	Adresse
					AAAAMM JJ	AAAAMM JJ	AAAAMM JJ	N° de téléphone
					AAAAMM JJ	AAAAMM JJ	AAAAMM JJ	Nom
					AAAAMM JJ	AAAAMM JJ	AAAAMM JJ	Adresse
					AAAAMM JJ	AAAAMM JJ	AAAAMM JJ	N° de téléphone
					AAAAMM JJ	AAAAMM JJ	AAAAMM JJ	Nom
					AAAAMM JJ	AAAAMM JJ	AAAAMM JJ	Adresse
					AAAAMM JJ	AAAAMM JJ	AAAAMM JJ	N° de téléphone

Veuillez dater et signer tout document que vous annexe à ce formulaire.

Déclaration

Je, soussigné, déclare que les renseignements contenus aux présentes et à tout autre document ci-annexé sont exacts et complets.

J'autorise l'employeur, le titulaire du contrat, l'administrateur du régime, la Compagnie d'assurance Standard Life du Canada ou ses réassureurs ainsi que leurs représentants et mandataires à fournir, à recevoir et à échanger entre eux tout renseignement personnel permettant de déterminer mon admissibilité et mon assurabilité en vertu du régime ou celles de mes personnes à charge, le cas échéant.

Je conviens que l'assurance ne prendra effet qu'à la date de son acceptation par l'assureur.

Je reconnais avoir pris connaissance de l'avis figurant au recto de la présente relativement à l'échange de renseignements avec Medical Information Bureau ou avec d'autres compagnies d'assurance.

Je comprends que mon numéro d'assurance sociale peut être utilisé comme numéro de certificat, et qu'il est de ma responsabilité d'aviser mon administrateur de régime si je ne désire pas que mon numéro d'assurance sociale soit utilisé pour m'identifier en vertu du régime.

Signature du participant (si personne à assurer)

Date

A A A A M M J J

Signature du conjoint (si personne à assurer)

Signature de l'enfant de plus de 18 ans (si personne à assurer)

Important : Veuillez remplir et signer les 2 côtés.

Note : Un formulaire incomplet retardera le traitement de votre demande d'assurance.

www.standardlife.ca

Compagnie d'assurance Standard Life du Canada

G1052P GL 08-2015 ©2015 Standard Life

02/02



Standard Life

www.standardlife.ca

Compagnie d'assurance Standard Life du Canada

G1052P GL 08-2015 ©2015 Standard Life